

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

АНАЛИЗ ДАННЫХ КАРДИОРИТМОГРАММЫ И ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ

Кизименко А.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Безболезненные консервативные роды, без применения каких-либо методов анестезии, в настоящее время, по-прежнему, редкое явление.

Большинство современных женщин испытывают страх перед родами. Боль в родах вызывает у роженицы самые разнообразные реакции, в частности раздражительность, напряжение, тревогу и, в конце концов, страх, что само по себе снижает порог болевой чувствительности и незначительная боль превращается в значительную. У первородящих женщин - страх, чаще всего, возникает на фоне неизвестности предстоящих событий, у повторнородящих – на фоне предыдущих воспоминаний и более осмысленного подхода к родам, а также на фоне изменений отношений к своей роли в этой жизни и будущему ребёнку.

Страх является одной из причин, способствующей возникновению и усилению истинной боли в нормальных родах. Это известно, как «болевой синдром, вызванный напряжением от страха». Возникнув однажды, он замыкает порочный круг «страх — напряжение — боль». Страх и стресс, сопровождающиеся неконтролируемой болью, приводят к активации симпатической нервной системы, а именно к выработке гормонов: адренокортикотропного, антидиуретического гормона, гормонов коры надпочечников. Повышенный уровень адреналина в крови может вызвать дискоординацию маточных сокращений, то есть частые сокращения с низкой амплитудой, не обеспечивающие расширение шейки матки. Повышение уровня циркулирующего норадреналина вызывает сужение сосудов матки и плаценты. Все это влияет на кровообращение в матке, так как постоянное напряжение маточной мускулатуры препятствует расслаблению между схватками и кровь, насыщенная метаболитами или отработанными продуктами работы мышц, не способна полностью покинуть сосуды.

Продлённая эпидуральная аналгезия в первом периоде консервативных родов в настоящее время является наиболее эффективной методикой обезболивания в акушерстве [2].

Она, имеет важное преимущество, не оказывает отрицательного воздействия на паренхиматозные органы матери и жизненно важные системы плода.

Цель: определить эффективность применения эпидуральной аналгезии (ЭА) 0,1% раствором нарпина при родах через естественные родовые пути, путем оценки степени выраженности болевого синдрома и некоторых показателей кардиоритмограммы.

Материал и методы: под наблюдением находилось 15 пациенток акушерского стационара УЗ «ВОКБСМП», которые были разделены на 2 группы (см. таблицу 1). Все женщины были первородящими с одноплодной беременностью.

Аналгезия была проведена 8 роженицам 2-ой группы при раскрытии шейки матки 4-5 см. После инфузии 400 мл физиологического раствора па-

циенткам выполняли пункцию и катетеризацию эпидурального пространства в положении на левом боку под местной анестезией 1% раствором лидокаина в промежутках LI-LIII. После тест дозы 2% раствором лидокаина, вводили основную дозу — 15 мл 0,1% раствора ропивакаина болюсно. С целью получения симметричного эпидурального блока роженицы лежали на спине первые 15 мин.

Всем женщинам было проведено кардиоритмографическое исследование [1]. Роженицам 2-ой группы до и после ЭА. Из полученных параметров мы оценивали только ЧСС, БВ, МВ 2, индекс напряжения. Также женщинам было предложено оценить степень выраженности болевого синдрома по ВАШ (визуальной аналоговой шкале). Соответственно пациентки из второй группы оценивали его дважды – до и после ЭА (рисунок 1).

Результаты исследования представлены в таблице №2.

Выраженность болевого синдрома в обеих группах до применения ЭА составила 7-9 баллов. Во второй группе, после проведения ЭА роженицы оценивали свой болевой синдром в 1-3 балла.

ЧСС во второй группе после применения ЭА уменьшилось почти вдвое (показатель, косвенно указывающий на степень выраженности болево-

Таблица 1. Группы рожениц, принявшие участие в исследовании

Группа №	1	2
Количество рожениц в группе	7	8
Срок гестации, дни	272±8,16	275,41±5,85
Возраст рожениц (средний), г	22,38±2,00	24,82±3,52
Применений ЭА	-	+

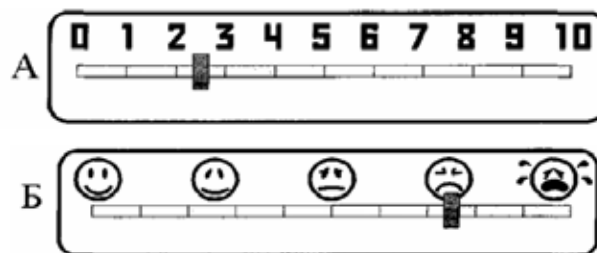


Рисунок 1. Визуально аналоговая шкала.

Таблица №2. Параметры мониторингирования показателей КРГ у пациенток исследуемых групп (в таблице представлены средние значения по группе)

Показатель \ Группа №	1	2
ВАШ, балл	7-8	7-8 (до ЭА) 1-3 (после ЭА)
ЧСС	132,14	74,13
БВ	988,0	250,25
МВ2	343,71	69,00
Индекс напряжения	463,14	199,5

го синдрома). Считается, что за появление на КРГ МВ 2 ответственна симпатическая нервная система, а за появление БВ парасимпатическая. По данным исследования мощность МВ 2 в первой группе больше чем во второй. Это отражает динамику активности симпатического отдела ВНС. Однако, аналогичная ситуация происходит и с мощностью БВ. И это говорит о акцентированном антагонизме симпатических и парасимпатических влияний на сердце. Оно основано на следующих наблюдениях: на фоне усиленных реакций адренергического характера влияние блуждающего нерва, ослабляющее или тормозящее деятельность сердца, проявляется сильнее, чем при изолированном возбуждении вагусной иннервации.

Индекс напряжения – показатель характеризующий степень вовлеченности организма в стресс.

Отчетливо видно уменьшение этого показателя во второй группе рожениц, получивших ЭА в родах.

Выводы

1. Эпидуральная анестезия в родах значительно и эффективно снижает выраженность болевого синдрома.

2. ЭА позволяет снизить влияние симпатического отдела ВНС и тем самым улучшает адаптационные возможности организма женщин в родах.

Литература

1. Берёзный, Е.А. Практическая кардиоритмография / Е.А. Берёзный, А.М. Рубин, Г.А. Утехина. – 3-е изд. перераб. и доп. – Нео, 2005. – 140 с.; ил.

2. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков [и др.]. – М., 2000. – С. 287–306.

ТРОПИСЕТРОН В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Кизименко А. Н., Кизименко Т.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Многие заболевания и состояния, такие как: патология органов пищеварения, центральной нервной системы и поражение мозговых оболочек, почек, вестибулярного аппарата, инфекционные заболевания, психические расстройства, токсикоз беременных, сопровождаются синдромом тошноты и рвоты. Кроме того, тошнота и рвота может возникнуть как побочная реакция на лекарственные препараты, сопровождать различные медицинские манипуляции. В результате развития этого синдрома может возникнуть ряд тяжелых патологических состояний: аспирационный синдром, тяжелый ларинго- и бронхоспазм, брадиаритмия, острая сердечно-легочная недостаточность. Изменения в легких приводят к прогрессированию нарушений газового и кислотно-основного состава крови, наступает декомпенсация сердечной деятельности.

У пациентов с пилородуоденальным стенозом постоянная рвота приводит к гастрэктазии – гипертрофии мышечной оболочки желудка, эзофагиту, патологическому снижению массы тела, а так же к нарушению водно-солевого обмена, метаболическому ацидозу с гипокалиемией, переходящему в метаболический алкалоз с гиперкалиемией, гипохлоремией и азотемией.

В акушерстве наиболее частой формой ранних гестозов является так называемая «рвота беременных». Клинические проявления этого синдрома варьируют от самых незначительных, в виде потери аппетита, до тяжелых функциональных и метаболических нарушений: потеря массы тела, тахикардия, снижение артериального давления, подъем уровня печеночных ферментов, гипербилирубинемия, дизурии и ацетонурии [1].

Во время проведения интенсивной терапии в ОАРИТ некоторые, из применяемых лекарственных средств вызывают тошноту и рвоту: опиоид-

ные анальгетики (промедол, фентанил, морфин), анксиолитики (диазепам), нейролептики (галоперидол, дроперидол), гипнотики (тиопентал), НПВС (кеторолак, диклофенак), кардио- и вазотоники (допамин, добутамин, леванор, мезатон), антиангинальные препараты (изо-мик, нитроджект), антигистаминные препараты (димедрол, клемастин), глюкокортикостероиды (дексаметазон, преднизолон, метпрезон). Многочисленные сочетания препаратов и их высокие терапевтические дозировки так же могут способствовать появлению синдрома тошноты и рвоты. Для предупреждения и купирования этого синдрома используются препараты блокаторы серотониновых рецепторов: церукал, метаклопрамид, трописетрон, а так же препараты, защищающие слизистую желудочно-кишечного тракта и поддерживающие нормальную флору: омепразол, квamatел, биофлор [3].

Проблема тошноты и рвоты актуальна в анестезиологии. Помимо проблемы полного желудка и пассивной регургитации желудочного содержимого, многие анестезиологические средства сами по себе могут провоцировать появление синдрома тошноты и рвоты. Симптомы могут появляться при использовании в анестезиологическом пособии тиопентала, кетамина, дитилина, аркурона, бупивикаина, оксида азота. Интубация трахеи так же является фактором, провоцирующим рефлексаторную рвоту. При проведении регионарной анестезии (эпидуральная, спинальная, сакральная) частым ранним осложнением является тошнота [2].

Анестезиологическое обеспечение кесарева сечения проходит под спинальной анестезии бупивикаином (бупивикаин-спинал, маркаин-спинал, маркаин-спинал-хэви) в сочетании с адъювантами (суфентанил, морфин-спинал), иногда под эпидуральной анестезией в комбинации с внутривенным введением анальгетиков (фентанил), гипнотиков